

tartışma paneli 2

tartışma paneli

Dr. Ahmet Menkü

45 y, E hasta, 5 ay önce trafik kazası geçirmiş, L2 patlama kırığı nedeniyle, anterolateral yaklaşımla L2 korpektomi yapılarak, korpektomi kafesi ve enstrümantasyon uygulanmış.
Postop 5. günden itibaren yara akıntısı ortaya çıkmış, antibiyograma uygun 3 ay süre ile antibiyotik tedavisi uygulanmış, halen yara akıntısı aktif olarak devam ediyor.

Ne yapalım?

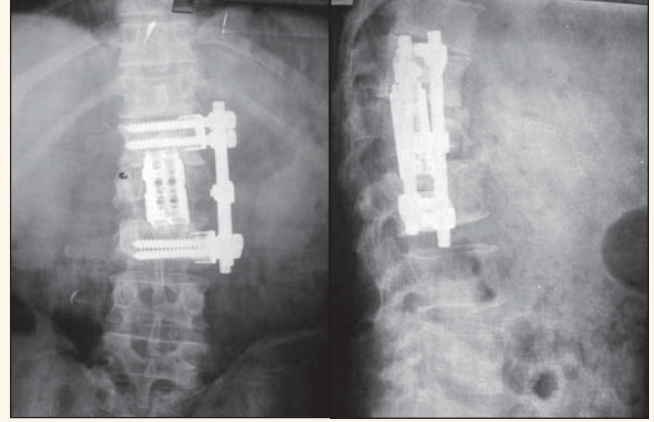
1. Antibiyotik tedavisine devam edelimmi?

2. Enstrümanları çıkaralım mı?

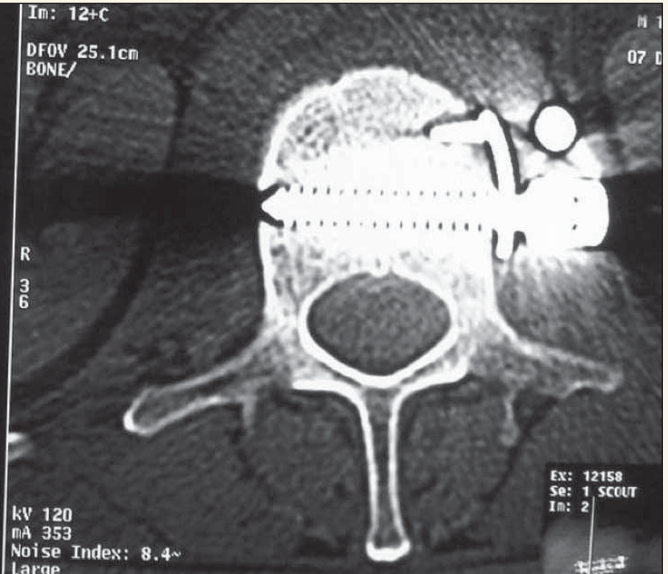
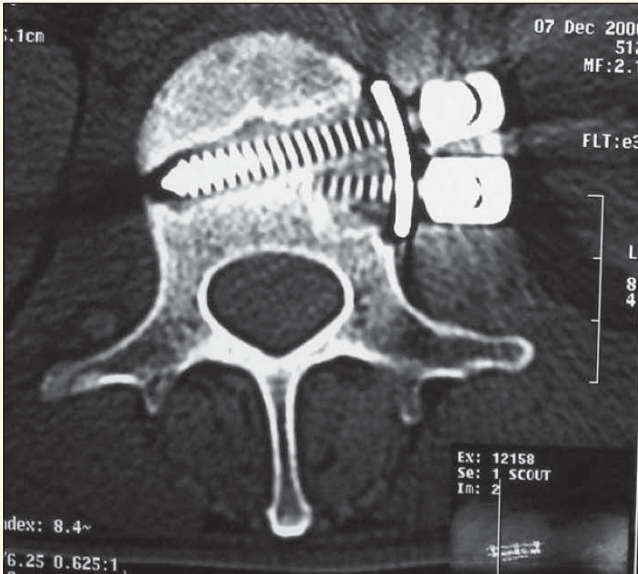
3. Aynı seansta tekrar enstrüman koyalım mı?

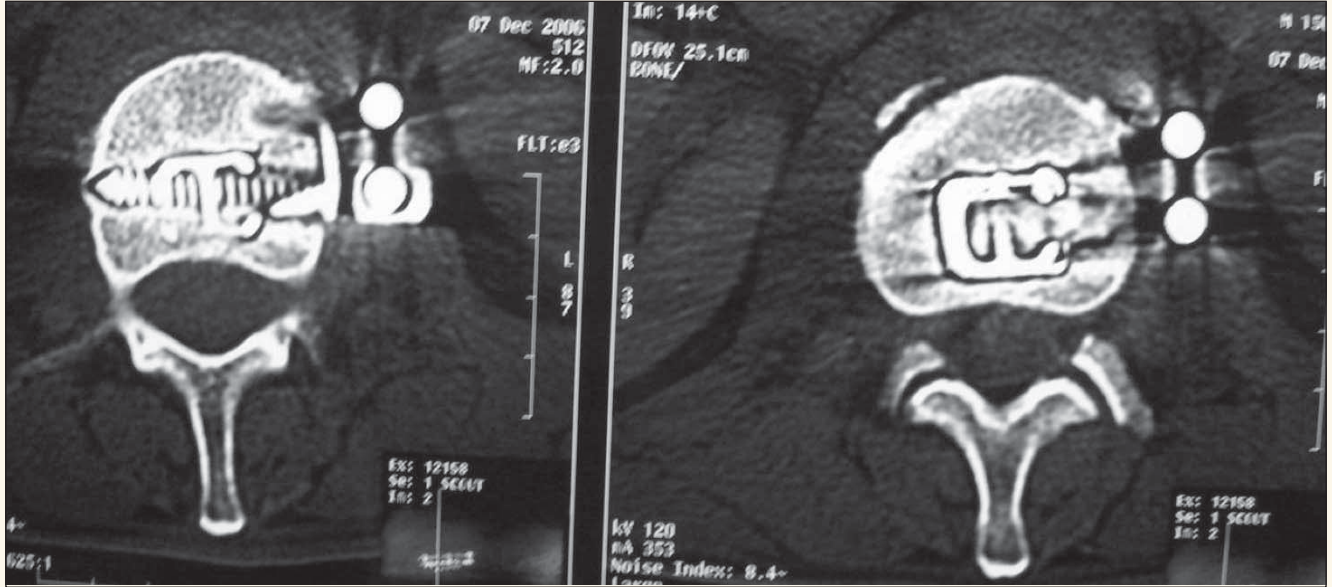


Şekil 1: insizyon bölgesinde akıntı



Şekil 2: Post op 5. ay direkt grafiler





Şekil 3: Post op 5. ay BT

Dr. Cumhur Kılınçer

Olguyu cerrahi endikasyon, preop hazırlık ve cerrahi teknik açısından değerlendirmek istiyorum.

Endikasyon: Anterolateral cerrahi uygulanmış bu hastada, uygun antibiyoterapiye rağmen postop 5. ayda halen aktif akıntı varsa daha fazla beklemeden cerrahi düşünürüm. İnatçı enfeksiyonlarda daima ameliyatta bırakılmış bir yabancı cisim (spanç) olasılığı akla gelmelidir ve cerrahi eksplorasyon yararlıdır. Ayrıca hemen uygulanacak bir cerrahiyle, kronikleşmiş bir enfeksiyonun retroperitoneal bölgede böbrek ve dalak gibi komşu organları tutması veya omurgada ilerlemesi gibi riskler azaltılacağı gibi; uzayıp giden antibiyoterapinin zararları azaltılır ve hastanın normal hayatına dönüşü hızlandırılmış olur. Özetle, daha fazla beklemeksizin yapılacak bir cerrahinin -enstrumana dokunmaksızın sadece eksplorasyon, abse drenajı ve debridmandan ibaret kalsa bile- kesinlikle endike olduğunu düşünüyorum.

Preop hazırlık: Bu hastada, bir cerrahi planlamadan önce her enfeksiyon olgusunda olduğu gibi sedimentasyon, CRP ve lökosit değerlerini bilmeliyiz. Bu üçü enfeksiyonun uzun dönem takibinde kullanacağımız objektif parametrelerdir. Ayrıca bu hastada MRG ile lokal abse, granülasyon ve olası bir yabancı cisim arayabilir, cerrahi eksplorasyon yaparken nerelere özellikle bakacağımız konusunda önceden fikir edinebiliriz. Bir batın BT ile böbrek ve dalak gibi komşu viseral organlarda bir tutulum olup olmadığını görmek de bizi sürprizlerden korur.

Cerrahi teknik: Bu tür bir hastanın filmlerine bakarak yapılması en doğru cerrahi girişim budur gibi bir savda bulunmak zordur. Ameliyata önceden belli bir işlem için karar vererek girmek yerine, intraoperatif bulgulara göre davranmak daha uygun olur. Öncelikle, geçilen tüm katlarda enfekte dokuları debride edip varsa abse poşlarını ortadan kaldırarak korpektomi bölgesine ulaşırız. Adale katları ve retroperitoneal bölge bir yabancı cisim açısından dikkatle gözden geçirilmelidir. Psoas kası ve omurga üzerinde varsa granülasyon dokuları temizlenir ve sağlıklı dokular görülünceye kadar debridman yapılır. Ameliyat boyunca antibiyotikli serum ve batticon karışımıyla yara bölgesi bolca yıkanır. Korpektomi bölgesinde ve kafes içerisinde füzyon oluşup oluşmadığı ve plak vida sisteminin gevşek olup olmadığı tespit edilir. Bu durum ameliyatın geri kalan kısmı için belirleyici olur. Bu tespiti yapmak için rodları söküp yerinde bırakılan vidalardan yararlanarak distraksiyon yaparım. Bu şekilde vidaların ve kafesin sağlamlığı test edilmiş olur. Olasılıklar şunlar:

1. En kötü durumda enfeksiyon aktif, hiç füzyon oluşmamış, plak-vida sistemi gevşek ve kafes yerinde oynar durumdadır. Nitekim, BT'lerde vidalar korpus içinde kendilerine osteosklerotik yuvalar yapmış görünüyor ve böyle bir vida gevşek olabilir. Böyle bir durumda tüm implantları çıkartmayı, kemiği kanamalı dokuya kadar kazımayı ve korpektomi boşluğuna bir tibia ya da fibula allogreftini sıkıca yerleştirmeyi tercih ederim (bu kez biraz daha anteriora). Otojen bir iliak greft de olabilir. Plak vida koymam. Koyduğum greft yerine sıkı oturmuyor ve stabiliteden endişe ediyorsam

aynı oturumda bir posterior stabilizasyon eklerim. Bu transpediküler stabilizasyonu T12 ve L4 arası yapar, L1 ve L3 seviyelerine sadece sağdan vida koyarım. Bu, enfekte bölgeye en az metal cisim koyarak risksiz bir stabilizasyon yapmanın en iyi yoludur.

2. Kafes sağlam duruyor, distraksiyonla oynamıyor fakat vidalar gevşekse kafesi bırakır, plak vidayı çıkartır (böylece metal stoğunu azaltır), debridman ve irrigasyonu tamamlar ve kalın bir ya da iki dren bırakıp çıkarım.
3. Hem kafes hem vidalar sıkı duruyorsa rodları tekrar yerine bağlar, debridmanı ve irrigasyonu tamamlar, drenleri bırakır çıkarım. Bu drenler sadece kanı değil postop devam edebilecek olası bir akıntıyı da drene edeceğinden 5-7 gün tutarım.

Dr. Ali Arslantaş

Enstrümanite olgularda olgunun enfeksiyonlara direnci ve geneldurumu, yandaş problemlerin enfeksiyonun prognozunu etkiler. Enfeksiyonlu özellikle uzun zaman devam eden derin enfeksiyonlu olgularda saptanan bulgulardan biride yalancı eklem oluşumudur. Bu olguda bunu görmekteyiz. Geç dönemde halen devam eden enfeksiyon tablolarında alınan tüm önlemlere rağmen (irrigasyon, debridman ve antibiyoterapi) tablo düzelmezse enstrüman çıkartılabilir. Bu olguda antibiyoterapiye duyarlı antibiotik verildiği belirtilmiş. Etken ve antibiotik hakkında bilgi verilmemiş. Uygun antibiyoterapiye debridman ve irrigasyonun eklenmesi mutlak gerekli görülüyor. Yalancı eklem oluşumundan dolayı enstrümanın stabilizasyona katkısı olduğunu söylemek güç. Cerrahi sırasındaki tabloya göre hareketle aynı seansta enstrümanın tekrar konulmasının uygun olmadığını düşünüyorum. Debridman, irrigasyon ve enstrümanın durumuna göre çıkartılmasını takiben mutlak yatak istirahati ve antibiyoterapi ile etkenin eredike edilmesini takiben allograft ile füzyon uygulanması gerekli olduğu görüşümdedir.

Dr. Cüneyt Temiz

Kırkbeş yaşında, 5 ay önce trafik kazası sonucu L2 patlama kırığı gelişen erkek hasta sunuluyor. Kazanın 5 ay önce olması ama anterior korpektomi girişiminin 3 ay önce yapıldığının söylenmesi, kazanın hemen sonrasında değil de 2 ay sonra opere edildiği izlenimini doğuruyor. Anamnezden patlama kırığı öyküsü alınmasına karşın sadece anterior korpektomi ve stabilizasyon-füzyon yapıldığı anlaşılıyor. Hastanın başkaca bir sistemik hastalığı olup olmadığı hakkında bilgi yok. Hastanın

3 aydır olasılıkla drenaj sıvısı örneğine göre yapılan antibiyograma uygun antibiyoterapi aldığı belirtiliyor.

Operasyon bölgesi fotoğrafında yaranın süperior ve inferiorunda olasılıkla iki adet apse drenaj çıkışı ve çevre cilt dokusunda hiperemi ve endurasyon görülüyor.

Hastanın klinik durumu ile ilgili bilgi verilmemiş. Aynı zamanda beyaz küre sayımı, sedimentasyon, ASO ve CRP ile prokalsitonin düzeyleri bilinmiyor. Yani hastanın enfeksiyon tablosunun sadece operasyon bölgesi ile kısıtlı mı olduğu yoksa sistemik septisemik bir tablosunun mu olduğu açık değil. Ayrıca hastanın nörolojik tablosunu da bilmiyoruz.

Ön arka ve yan doğrudan grafilerde L2 kısmi korpektomi yapıldığı, anterior korpektomi kafesi yerleştirildiği ve anterolateral vida-rod ile stabilizasyon yapıldığı görülüyor. Ayrıca sol subdiyafragmatik alana uzanan radyolüsent bir alan seçiliyor (abse formasyonu?).

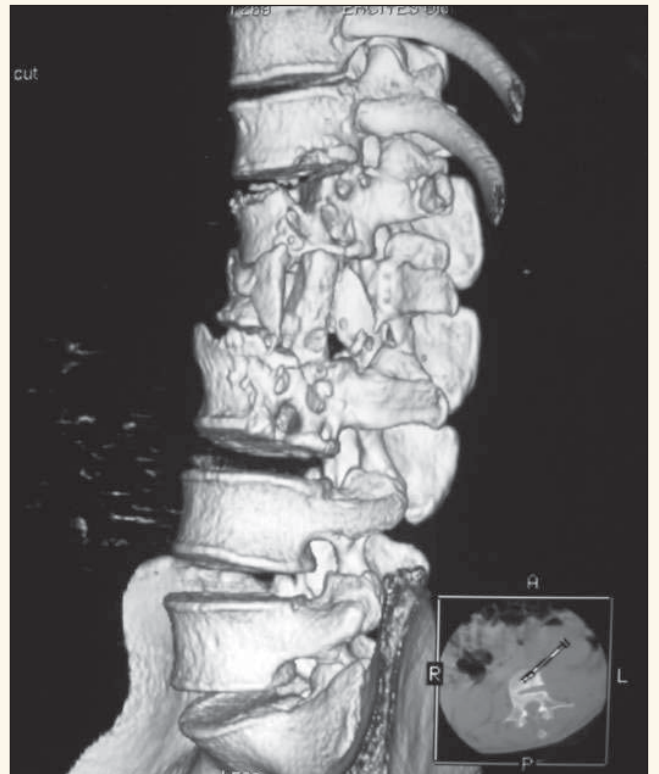
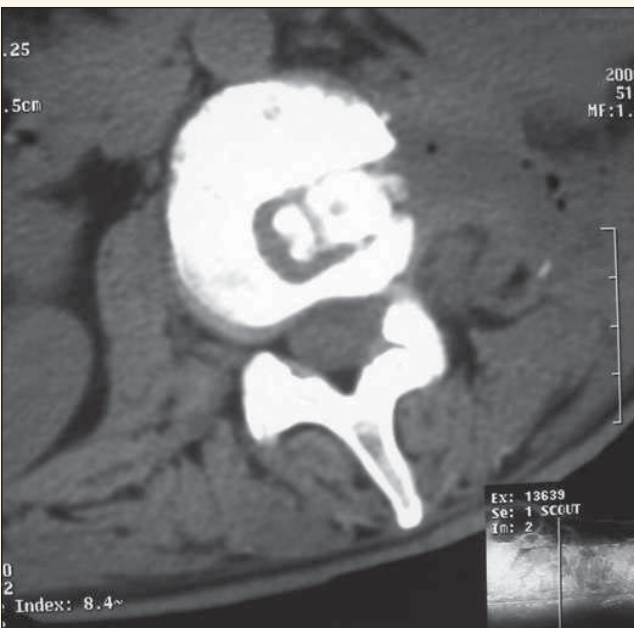
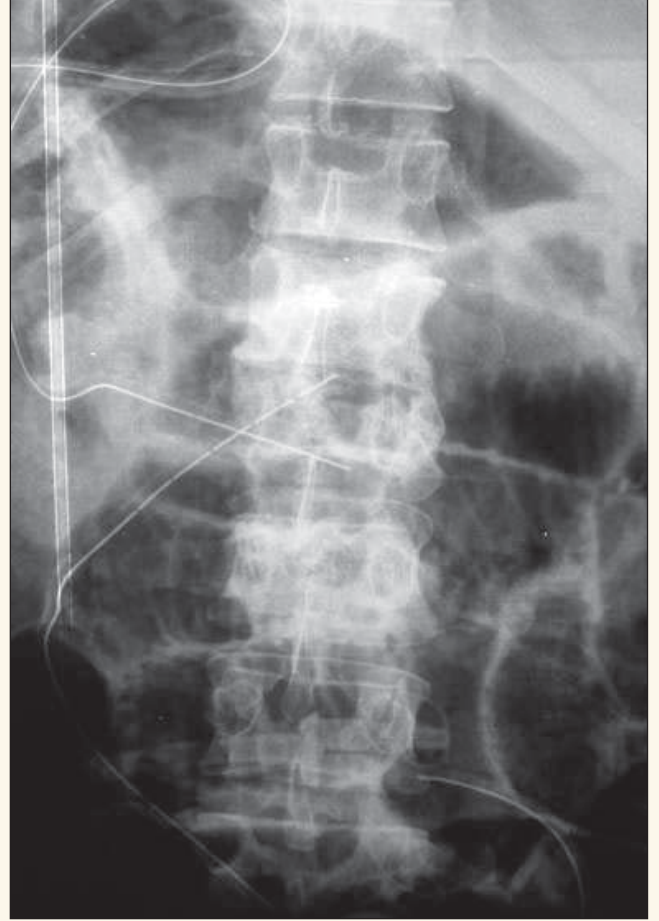
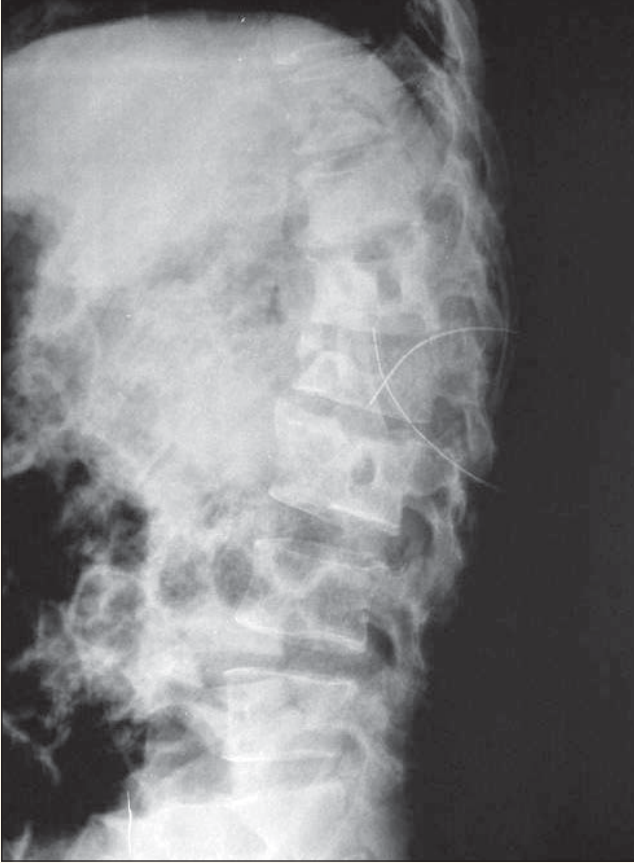
Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde tüm paravertebral alan görülemiyor, dolayısıyla olası bir abse formasyonu seçilemiyor. Tomografide hem vidalar ve hem de kafesin sınırlarında hipodens alanlar görülüyor ki bu da enstrümanın gevşediğini düşündürülebilir. Bu tür bulgular enfeksiyon varlığında da sıklıkla görülür.

Eğer hastada sistemik septisemik bir tablo yok ise reoperasyonun (aynı insizyon kullanılarak ve aynı loja girilerek) gerekli olduğunu düşünüyorum. Çünkü uygun antibiyoterapiye karşın uzun süre geçmeyen enfeksiyon tablosu bana lojda yabancı cisim varlığını düşündürüyor. Reeksplorasyon lojdan alınacak örneklerden daha doğru bir antibiyogram yapılmasını da sağlayabilir. Eğer bir paravertebral abse varsa, drene edilebilir. Reeksplorasyon sırasında daha önceden konulmuş enstrümanların çıkartılması, çok tartışılan bir konudur. Daha önceki yıllarda, eğer tüberküloz gibi özgün bir enfeksiyon söz konusu değilse, tüm enstrümanların çıkartılması önerilirdi. Fakat son zamanlarda, kemik ve doku geçişi yüksek antibiyotiklerin gelişimi ile, enstrümantasyonun çıkartılmaması yönünde görüşler güç kazanmaktadır.

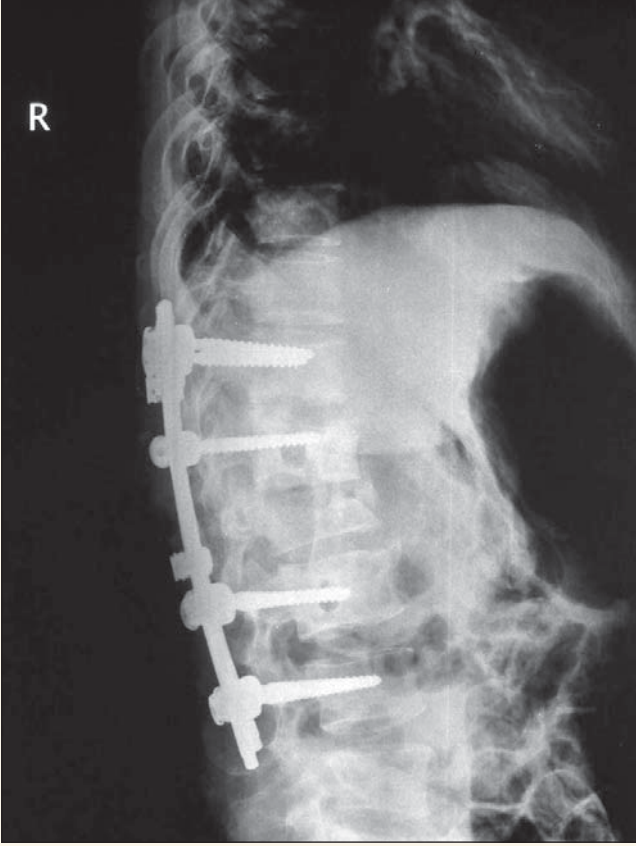
Görüşüme göre, reeksplorasyon yapılarak antibiyogram örneği alınmalı, eğer varsa paravertebral abse drene edilmeli, loja iki dren konularak uygun antibiyotik ile postoperatif dönemde de sürecek irrigasyon yapılmalı, varlığı kuvvetle olası olan yabancı cisim de çıkartılmalıdır. Tomografide enstrümanların gevşediğine dair bulgular olmasına karşın uygun drenaj, lokal (loja irrigasyon şeklinde uygulanan) ve sistemik antibiyoterapi ve bir süre immobilizasyon ile enstrümanların çıkartılmasına gerek kalmayacağını düşünüyorum.

HASTAYA YAPILAN

Enstrümanlar çıkarılarak, iliak kanattan alınan kemik greft ile L1-L3 arası füzyon yapıldı. Sahaya dren yerleştirilerek 5 gün yıkandı.



2 hafta i.v. ilaç tedavisi ve immobilizasyon sonrası posterior enstrümantasyon ve iliak kanattan alınan kemik greft ile posterior füzyon yapıldı.



Spinal enfeksiyonda cerrahi tedavi endikasyonları:

- Analjeziklere cevap vermeyen ağrı
- Nörolojik defisit varlığı
- Antibiyotik tedavisine yetersiz cevap
- Apse formasyonu bulunması
- Kronik osteomyelit
- Biyomekanik instabilite ve lokal kifoz
- İleri derecede end plate dejenerasyonu

Enstrümantasyon endikasyonları

- Mekanik instabilite varlığı
- Osteonekroz bulunması
- Medikal tedaviye dirençli ağrı ve hareket kısıtlılığı

Radikal debritleme ve enstrümantasyon ile ağrı azaltılır

- Sagittal dizilim düzeltilir
- Nörolojik fonksiyon düzeltilir
- Erken mobilizasyon sağlanır
- Antibiyotik tedavi süresi azaltılır